

L'Autonomie Hospitalière: Guide Méthodologique

Mukesh Chawla

Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Ramesh Govindaraj

Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Peter Berman

Data for Decision Making Project
Department of Population and International Health
Harvard School of Public Health

Jack Needleman

Department of Health Policy and Management
Harvard School of Public Health

Août 1996

Table de Matières

Remerciements	1
1. Introduction	2
2. L' autonomie Hospitalière: Concepts et Questions	4
La définition de l'autonomie hospitalière	4
Une Stucture pour L'autonomie Hospitalière	5
Les Approches Utilisées pour Mettre en Place L'autonomie Hospitalière	8
L'évaluation de L'impact de L'autonomie	10
La Relation Entre L'autonomie Hospitalière et la Réforme dans le Secteur de la Santé	10
3. Guide Pour L'évaluation de L'autonomieHospitalière	13
Méthodologie	14
4. Mot Final	40
Références	42

Remerciements

Ce rapport a compté avec l'appui de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), Washington, à travers le Projet d'Analyse des Ressources Sanitaires et Humaines pour l'Afrique (HHRAA), sous le portfolio du Développement du Secteur Privé et du Financement des Soins de Santé, où le consultant supérieur technique est Mr. Abraham Bekele.

Madame Hope Sukin et Mr. Abraham Bekele du projet HHRAA du Bureau de l'Afrique ont révisé et donné leurs supports techniques pour ce rapport.

1. Introduction

Les hôpitaux publics sont des composants importants pour les systèmes de santé dans les pays en voie de développement et peuvent, selon leur capacité, agir comme centres de référence primaire, secondaire, ou tertiaire. Responsables en général pour entre 50 et 80 pour cent des dépenses récurrentes du gouvernement dans le secteur de la santé (Barnum et Kutzin, 1993), ces hôpitaux utilisent presque la moitié du total des dépenses gouvernementales dans le secteur de la santé dans plusieurs de ces pays (Mills, 1993). Étant donné l'accroissement continu des coûts de la santé, il n'est pas étonnant que "les hôpitaux, en tant que dépenses principaux dans le système de santé, soient au premier plan" (Montoya-Aguilar, 1994). Voulant trouver de nouvelles ressources pour financer les activités à coût élevé des hôpitaux et rendre plus efficace l'utilisation des ressources existantes, les gouvernements dans certains pays en voie de développement ont commencé à accorder aux hôpitaux publics des degrés variés d'autonomie, en espérant que cela réduise le fardeau du gouvernement à les financer et renforce l'efficacité et l'efficacités des hôpitaux publics.

Cependant, malgré la mise en place de l'autonomie hospitalière dans un nombre d'hôpitaux publics à travers le monde, peu d'études ont cherché à évaluer l'expérience de ces hôpitaux et les mérites et les limitations de l'autonomie hospitalière. Dans le cadre de sa stratégie générale d'effectuer des recherches en matières importantes pour les décideurs gouvernementaux de la politique et pour les missions de USAID en Afrique, le Bureau pour l'Afrique de USAID, sous le Projet d'analyse des ressources sanitaires et humaines pour l'Afrique (HHRAA), a commissionné le Projet de Données pour la prise de décisions (DDM) à l'Université de Harvard pour effectuer cinq études de cas sur l'autonomie hospitalière. Ces études ont été effectuées au Ghana, au Kenya et au Zimbabwe dans l'Afrique Sub-Saharienne, et en Inde et en Indonésie en dehors de l'Afrique.

Les objectifs généraux du projet DDM-HHRAA sur l'autonomie hospitalière étaient (a) de décrire différentes approches adoptées dans diverses parties du monde pour améliorer la performance des hôpitaux publics en augmentant leur autonomie et pour améliorer l'efficacité allocative des dépenses gouvernementales en santé en réduisant la part des fonds publics destinée aux hôpitaux publics; (b) d'analyser les facteurs qui contribuent à la réussite d'une stratégie pour augmenter l'autonomie hospitalière; et (c) de formuler un guide pour soutenir les politiques pour améliorer la performance des hôpitaux en leur accordant plus d'autonomie.

Au début du projet, les investigateurs principaux à l'Université de Harvard avait proposé une démarche conceptuelle provisoire. L'intention de cette démarche était de guider l'évaluation des efforts d'autonomie dans les pays participants, et d'assister à l'organisation de la présentation des données et des résultats (voir Chawla et Berman, 1995). La structure de l'évaluation avait suggéré une combinaison d'analyses qualitatives et quantitatives de l'expérience de l'étude des hôpitaux autonomes. Suivant le guide du projet, les quatre critères employés pour évaluer l'autonomie hospitalière dans chaque pays étaient l'efficacité, l'équité, la responsabilité publique, et la qualité des soins. La méthodologie employée dans ces études incluait la collecte et l'analyse de données secondaires, l'observation directe par les équipes de recherche, des interviews, et des enquêtes sur le terrain.

Cette démarche générale a été modifiée par la suite par les équipes du projet pendant leurs recherches. Ce document relève de l'expérience de toutes les études, et présente ce que nous croyons être une version plus "raffinée" de la méthodologie antérieure.

Le restant de ce guide est organisé comme suit. L'autonomie a été définie de plusieurs façons. En effet, différents chercheurs semblent lui accorder une signification différente. Dans la section II, nous examinons les diverses définitions de l'autonomie, et fournissons une formulation fonctionnelle et conveniente. Le guide de la méthodologie pour évaluer l'autonomie hospitalière se trouve dans la section III. Les résumés executives des cinq études de cas se trouvent dans l'appendice.

2. L' autonomie Hospitalière: Concepts et Questions

La définition de l'autonomie hospitalière

Le dictionnaire donne les définitions suivantes de l'autonomie: "la qualité ou l'état de s'auto-gouverner, surtout, le droit ou le pouvoir de s'auto-gouverner"; "existant ou être capable d'exister indépendamment"; et "être sujet à ses propres lois seulement". Cependant, ces définitions sont trop étroites pour définir l'autonomie hospitalière, puisqu'il existe aucun hôpital dans aucun pays qui s'auto-gouverne complètement, qui est complètement indépendant, ou qui est sujet à ses propres lois seulement. Après tout, qu'il s'agit du secteur public ou privé, tous les hôpitaux sont sujets à une forme ou une autre de réglementation gouvernementale.

Afin d'adresser ce problème, certains auteurs définissent les hôpitaux autonomes comme étant ceux qui "s'auto-gouvernent, s'auto-dirigent, et s'autofinancent au moins partiellement" (Hildebrand and Newbrander, 1993). Quoique la relativité de la notion d'autonomie se révèle dans cette définition, il existe toujours la question de comment fixer le minimum d'auto-gouvernement, s'autogestion, et d'autofinancement nécessaire pour satisfaire à la notion d'autonomie? Autrement dit, quel est le minimum d'indépendance que l'on doit posséder afin de satisfaire à la définition d'autonomie?

Il est de notre avis que l'expression "hôpital autonome" ne peut avoir de signification que si elle satisfait à des critères établis par consensus, car un hôpital ne peut être autonome que dans un contexte défini a priori. Dans ce contexte, un hôpital peut jouir de degrés variés d'autonomie. Encore, afin de mesurer le degré d'autonomie associé à un hôpital en particulier, il est important de spécifier sans ambiguïté les caractéristiques de chaque degré d'autonomie (pour chacune des fonctions administratives de l'hôpital).

Ainsi, nous proposons ci-dessous une structure pour l'autonomie hospitalière, en utilisant des concepts et des idées sur lesquels il semble y avoir un consensus acceptable dans la littérature sur l'autonomie. Avant cela, cependant, nous présentons une courte critique des structures existantes d'autonomie hospitalière.

Une Structure pour L'autonomie Hospitalière

L'autonomie hospitalière est conceptualisée de plusieurs manières dans la littérature, mais les structures proposées ne s'appliquent souvent que dans un pays ou un contexte précis, ou contiennent des suppositions douteuses et simplificateuses (e.g., Hildebrand et Newbrander, 1993; Stover, 1995; Maxwell, 1995). Il est en dehors du contexte de ce guide de faire une révision de toutes les structures, mais il est utile de considérer quelques problèmes conceptuels et représentatifs posés par ces structures.

Bon nombre de ces structures d'autonomie hospitalière ne considèrent que la propriété (i.e., propriété entièrement publique à entièrement privée), et les fonctions administratives (i.e., gouvernement, gérance et financement) des hôpitaux. Bien que simples, ces structures supposent que l'autorité dont un hôpital en particulier dispose pour prendre des décisions est synonyme de la propriété de l'hôpital. Il est automatiquement supposé qu'un hôpital sous la propriété du gouvernement jouit d'un degré d'autonomie inférieur à un hôpital sous propriété privé. Selon nous, cette supposition est discutable.

Aussi, dans plusieurs de ces structures, l'autonomie "totale" implique la privatisation. Par contre, nous sommes d'avis que la privatisation ne représente pas nécessairement l'objectif le plus évident, ni le plus approprié de l'autonomie, étant donné que la privatisation peut rendre inaccessible certains objectifs du système de santé (notamment, assurer l'équité). En outre, la privatisation des hôpitaux publics dans les pays en voie de développement peut probablement être interprétée comme une "abdication de responsabilité sociale" de la part du gouvernement (ce qui est reconnu par les auteurs eux-mêmes), et comporte probablement un grand risque politique. Pour adresser certains de ces problèmes et limitations, nous proposons une structure alternative pour l'autonomie hospitalière.

Selon notre structure, nous définissons l'autonomie hospitalière selon deux dimensions: le degré de centralisation dans la prise de décisions ("degré d'autonomie") et la gamme de décisions portant sur la gestion et les politiques des hôpitaux (incluant et la formulation des politiques et la mise en oeuvre). Nous croyons que ce sont les dimensions appropriées pour discuter de l'autonomie hospitalière. Selon notre opinion, l'autonomie que possède (ou peut posséder) un hôpital repose peu sur le statut du propriétaire (privé ou public). Un hôpital autonome peut exister tout aussi facilement sous la propriété du gouvernement que sous propriété privée. Les facteurs appropriés sont plutôt le degré de prise de décisions décentralisée qui a lieu dans un hôpital et la faisabilité d'une telle prise de décisions pour chacune des fonctions administratives. De plus, comme il est expliqué ci-dessus, l'autonomie comme définie par le secteur privé peut être inappropriée pour le secteur publique.

Notre structure ne nécessite pas de supposer que les hôpitaux privés - en vertu de leur statut "privé" - ont une plus grande autonomie, de même qu'une plus grande autonomie implique automatiquement la privatisation. De plus, cette structure tente de réduire la subjectivité associée à la classification des hôpitaux comme étant "plus" ou "moins" autonomes, en fondant la classification sur les caractéristiques spécifiques des hôpitaux et les pouvoirs détenus par les administrateurs dans chaque domaine d'activité. Bien sûr, il reste toujours le problème de l'importance relative à accorder à l'autonomie de chaque fonction administrative. Ne trouvant aucune autre solution satisfaisante, nous accordons une importance égale à chacune des fonctions administratives. Finalement, notre structure est dotée de transparence et est facile à utiliser.

Le Tableau 2.1 présente notre modèle conceptuel sous la forme d'une matrice 6X3, dont les axes sont le degré d'autonomie et les fonctions politiques/de gestion. Selon notre modèle, l'autonomie peut se situer n'importe où entre les deux cas extrêmes qui sont la situation où toutes les décisions sont prises par le propriétaire (privé ou public) et la situation où la prise de décisions et la formulation des politiques sont largement décentralisées. Nous faisons une distinction entre la prise de décisions au niveau macro, i.e., dans le domaine national de santé, et la prise de décisions qui a lieu dans le domaine des hôpitaux. Nous identifions 3 stades (1-3) pour chacune des fonctions politiques et de gestion.

Le **domaine de la santé** fait référence aux décisions prises soit au niveau gouvernemental ou au niveau du gouvernement et de l'hôpital, c'est-à-dire les décisions sur lesquelles les hôpitaux typiquement n'exercent qu'une influence limitée. Le **domaine de l'hôpital**, par contre, fait référence à toutes les activités entreprises dans le cadre de l'hôpital, sur lesquelles l'administration de l'hôpital exerce d'habitude plus de contrôle.

Les deux fonctions du domaine de la santé sont: la formulation générale d'objectifs (nationaux ou pour l'État) de santé (e.g., fixer des objectifs sanitaires nationaux, des programmes de santé, l'allocation de ressources pour la santé, etc.), et la formulation d'objectifs spécifiques aux hôpitaux (e.g., fixer les rôles et fonctions hospitaliers, la documentation de conditions, les critères d'évaluation, etc.).

Les cinq fonctions du domaine de l'hôpital sont, respectivement: la gestion stratégique, l'approvisionnement, la gestion financière, la gestion des ressources financières, et l'administration. La **gestion stratégique** fait référence à la définition de la mission générale de l'hôpital, l'établissement d'objectifs stratégiques, la gestion du capital de l'hôpital, et la prise de responsabilité pour les politiques du fonctionnement de l'hôpital. L'**approvisionnement** se rapporte à l'achat des médicaments, du stock médical et non-médical, et l'équipement hospitalier. La **gestion financière** fait référence à la génération

Tableau 1

Modèle conceptuel pour l'autonomie hospitalière

Fonctions politiques et de gestion	Degré d'autonomie				
	Complètement centralisé	----->			Complètement décentralisé
	Peu d'autonomie	Peu d'autonomie			Beaucoup d'autonomie
		a	b	c	
A. Domaine de la santé					
Objectifs généraux de santé	Toute prise de décisions par le propriétaire	Prise de décisions par le propriétaire et l'administration hospitalière			
Objectifs spécifiques à l'hôpital	Toute prise de décisions par le propriétaire	Prise de décisions par le propriétaire et l'administration hospitalière	Toute prise de décisions par l'administration hospitalière		
B. Domaine de la santé					
Gestion stratégique	Contrôle direct par le propriétaire: Gouvernement, para-gouvernemental, ou privé	Gouvernement par le Conseil d'administration appointé et guidé par, mais pas soumis au propriétaire	Conseil constitué indépendamment, prise de décision indépendante		
Administration	Gestion directe par le propriétaire, qui établit aussi les règlements pour la gestion de l'hôpital	Pouvoirs limités décentralisés à l'administration hospitalière; propriétaire exerce une certaine influence sur les décisions	Administration indépendante fonctionnant selon les directives du Conseil, avec une capacité importante de prise de décision		
Approvisionnement	Approvisionnement centralisé, le propriétaire déterminant les quantités et dépenses totales	Combinaison d'approvisionnement centralisé et décentralisé	Approvisionnement contrôlé par l'administration seule		
Gestion financière	Financement complet par le propriétaire; le propriétaire seul contrôle les finances	Subvention par le propriétaire, plus fonds provenant d'autres sources, finances contrôlées par le Conseil avec une certaine influence par le propriétaire	Autofinancement; pas de subvention par le propriétaire; finances contrôlées par le Conseil; prise de décision indépendante importante pour les gérants		
Gestion des ressources humaines	Propriétaire engage le personnel; régulation par le propriétaire seul	Personnel engagé par le Conseil, et sujets aux règlements du Conseil et du propriétaire	Personnel engagé par le Conseil; toutes conditions et tous règlements établis par le Conseil; capacité importante de prise de décision pour les gérants		

de ressources pour le fonctionnement de l'hôpital, et à la planification, la comptabilité, et l'allocation correcte de ces ressources. La gestion des ressources humaines comporte la formation et la gestion des diverses

catégories du personnel hospitalier. L'**administration** fait référence à toute autre responsabilité (i.e., autre que la gestion des finances, du personnel et de l'approvisionnement) impliquée dans le fonctionnement quotidien de l'hôpital ou dans l'exécution des fonctions définies par la déclaration de la mission de l'hôpital. Le Tableau 2.2 résume les activités spécifiques tombant sous la rubrique des fonctions politiques et de gestion décrites dans le Tableau 2.1.

Tableau 2

Activités de certaines fonctions politiques et de gestion

<i>Fonctions politiques et de gestion</i>	<i>Activités spécifiques</i>
A. Domaine de la santé	Établissement des objectifs nationaux, définition de rôles, législation et régulation
B. Domaine de l'hôpital	
Gestion stratégique	Définition de la mission, planification stratégique, guide des opérations, gestion du capital
Gestion financière	Mobilisation de ressources, planification et allocation des ressources, comptabilité des recettes et des dépenses
Gestion des ressources humaines	Embauchage et renvoi du personnel, création des postes, détermination des règlements pour employés, contracts et salaires
Approvisionnement	L'achat de médicaments et de stock médical, achat de stock non-médical, achat de l'équipement
Administration	Toute autres activités de gestion quotidienne nécessaire à la mise en oeuvre de la mission et à la fonction de l'hôpital, par exemple: les horaires, l'allocation d'espace, gestion de l'information, relations publiques, etc.

Les Approches Utilisées pour Mettre en Place

L'autonomie Hospitalière

Le système d'hôpitaux publics peut être organisé de manière à accorder divers degrés d'indépendance aux diverses sous-unités. Cette réorganisation peut, par exemple, transférer l'autorité de la planification, la gestion, la mobilisation et

l'allocation de ressources du gouvernement central et ses agences aux corps suivants:

- des unités régionales d'agences ministérielles;
- des unités ou niveaux gouvernementaux subordonnés;
- des autorités ou corporations publiques semi-autonomes;
- des autorités regionales ou fonctionelles; ou
- des organizations privées ou volontaires non-gouvernementales.

La réorganisation de l'autorité pour accorder une plus grande autonomie peut s'accomplir par un processus de déconcentration et de délégation (Rondinelli et al, 1984 et Mills, 1990).

La **déconcentration**, ou la réorganisation de l'autorité en général, fait référence à la une nouvelle distribution d'une quantité quelconque d'autorité administrative aux niveaux inférieurs de la hiérarchie. Selon le guide établi par l'agence centrale, des hôpitaux régionales sont accordé un élément de discrétion dans l'exécution de projets et de propositions et dans l'ajustement de directives selon les conditions locales. La déconcentration peut entraîner deux types de structures administratives dans un hôpital: une structure administrative verticale et une structure intégrée, ou préfectorale. Selon le motif vertical, le personnel local de chaque ministère est responsable à son propre ministère. Par exemple, les officiels de santé publique et les officiels de la collecte de revenus dans un hôpital seraient sous la direction d'autorités différentes. Des structures coordinatrices comme un comité régional pourraient être sanctionnées pour assurer la coopération des ministères régionales et centrale, et pourraient disposer d'une certaine discrétion en matières financières. Selon la seconde forme d'administration, la forme intégrée, un représentant local du gouvernement central est responsable de la mise en place de toutes les actions gouvernementales dans l'hôpital. Les exigences minimales pour cela incluent un domaine géographique bien défini pour lequel les gérants sont responsables, au moins un membre de personnel supérieur avec des pouvoirs bien définis, un établissement budgétaire et de personnel, et un moyen de communiquer les besoins locales à l'autoritécentrale.

La **délégation**, ou la réorganisation de l'autorité particulière à chacune des fonctions, implique le transfert de la prise de décisions et de l'autorité de gestion pour chaque fonction à des organizations qui ne sont pas contrôlées par les ministères du gouvernement central. Les fonctions peuvent être déléguées par le gouvernement central à des organizations comme des corporations publiques et des autorités régionales de planification et de développement, et d'autres organizations para-gouvernementales qui ne se trouvent pas officiellement dans le cadre du gouvernement.

La nature et le degré d'autonomie dépendraient du contrôle que retiendrait le gouvernement sur les fonctions de l'hôpital, surtout sur les fonctions importantes comme (a) la formulation des politiques de santé et l'établissement de priorités nationales; (b) l'allocation de certaines ressources, en particulier les fonds capitaux; (c) le contrôle de la qualité et du licensement; (d) la régulation du personnel de santé, incluant la sélection et le recrutement, la formation, la rémunération, la discipline et le renvoi, etc.; et (e) la régulation, l'allocation des surplus, et les comptes financiers et la comptabilité.

L'évaluation de L'impact de L'autonomie

Le Tableau 3 présente une matrice 3X3 qui peut être utilisée pour évaluer l'effet de l'autonomie hospitalière sur la performance de l'hôpital. Sur un axe nous spécifions les cinq critères d'évaluation couramment employés pour évaluer la performance des hôpitaux: l'efficacité, la qualité des soins, la responsabilité publique, l'équité, et la mobilisation des ressources. Sur l'autre axe, l'effet est mesuré selon une échelle variant entre un effet négatif à une amélioration importante de la performance. Cette matrice a été utilisée pour évaluer l'effet de l'autonomie hospitalière dans les cinq pays compris dans cet étude.

La Relation Entre L'autonomie Hospitalière et la Réforme

Tableau 3
L'impact de l'autonomie

<i>Critères d'évaluation</i>	<i>Effet négatif</i>			
	<i>Pas d'effet</i>	<i>Sans variation</i>	<i>Amélioration</i>	<i>Amélioration importante</i>
Efficiency				
Quality of care and public satisfaction				
Responsibility				
Equity				
Mobilization of resources				

dans le Secteur de la Santé

Comme nous avons témoigné ailleurs (voir, par exemple, Govindaraj et Chawla) l'autonomie hospitalière constitue une part importante de la réforme dans le secteur de la santé et est inextricablement liée à d'autres réformes, comme la mobilisation de ressources, l'accroissement de la compétition, la participation encourageante du secteur privé, etc. En outre, puisque les hôpitaux consomment une part considérable du budget de santé dans plusieurs pays en voie de développement, les réformes portant sur le fonctionnement des hôpitaux et sur le système de santé en général ont tendance à se renforcer mutuellement.

L'autonomie hospitalière comporte donc plusieurs liens avec d'autres composants du système de santé, et souvent cette relation est telle qu'il est difficile de maintenir l'autonomie sans apporter d'autres réformes, ou de réaliser le potentiel des autres réformes sans autonomie. En fait, les pays où l'autonomie hospitalière constitue une importante initiative politique, comme la Nouvelle-Zélande, le Singapour et le Royaume-Uni, ont poursuivi simultanément des réformes fondamentales dans le financement de la santé.

Le Tableau 4 ci-dessous catégorise la relation entre l'autonomie hospitalière et les réformes dans le secteur de la santé, et illustre leur renforcement mutuel, ainsi que leur nature.

L'évaluation des objectifs et de l'effet de l'autonomie hospitalière devraient donc avoir lieu non seulement dans le contexte des autres mesures entreprises pour améliorer la performance des hôpitaux publics, mais aussi dans le plus grand contexte des réformes dans le secteur de la santé.

Tableau 4
Autonomie faisant partie de la réforme de santé

<i>Réforme</i>	<i>Le soutien apporté à la réforme par un hôpital autonome</i>	<i>Le soutien apporté à l'amélioration de la performance d'un hôpital autonome par la réforme</i>
I. Mobilisation de ressources	Améliore la performance de la collecte des frais et la gestion des finances	Soutient et rend possible l'autonomie financière
II. Introduction des crédits budgétaires de l'État et la surveillance du budget	Facilite le contrôle et la surveillance du budget et rend plus transparent les dépenses gouvernementales	Encourage la collecte, la gestion et l'analyse consciencieuse de données; améliore la gestion de l'hôpital en général
III. Décentralisation et dévolution	Complémente et soutien la décentralisation et la dévolution de la prise de décision	Soutient l'autonomie
IV. Compétition du marché	Soumet les hôpitaux publics à la compétition	Contribue à une limitation de dépenses efficace
V. Augmentation de la participation du secteur privé	Contribue à la création d'une sphère d'activité égalitaire	Créé un environnement de compétition

3. Guide Pour L'évaluation de L'autonomie Hospitalière

Diverses stratégies pour rendre plus autonomes les hôpitaux peuvent également fournir le moyen d'effectuer une réallocation graduelle en réduisant la responsabilité des gouvernements dans le financement des hôpitaux, ainsi que le moyen de renforcer l'efficacité et l'efficacités des hôpitaux publics. Cependant, l'autonomie peut aussi avoir un effet négatif sur les caractéristiques hospitalières telles les coûts, l'efficacité et le rapport coût-efficacité, la qualité technique et perçue, la satisfaction et l'acceptabilité des patients, l'équité et l'accessibilité, et la responsabilité. Dans ce chapitre se trouve un guide pour évaluer les bénéfices de l'autonomie, les diverses concessions mutuelles impliquées dans l'exécution, les déterminants du succès, la séquence appropriée des modifications, les stratégies complémentaires nécessaires pour renforcer les nouveaux mécanismes d'administration, et le coût des modifications nécessaires pour apporter une plus grande autonomie hospitalière. Les objectifs de ce guide sont (a) de décrire l'approche employée pour augmenter l'autonomie hospitalière; (b) d'analyser les facteurs qui ont contribué à la réussite ou à l'échec de l'autonomie, la réussite et l'échec étant définis selon l'exécution ou selon les conséquences des politiques.

Ainsi, les éléments importants pour évaluer l'autonomie hospitalière sont les suivants:

1. Quelle est la nature et l'étendue de l'autonomie? Qui détient l'autorité d'établir la politique et d'entreprendre les activités de gestion?
2. Quel est le processus par lequel l'autonomie a été accordée à l'hôpital?
3. Comment l'administration, l'organisation ou systèmes internes, et les pratiques de l'hôpital ont-ils été structurés ou modifiés dans le temps afin d'indiquer le degré d'autonomie d'un hôpital?
4. Quel est l'effet de l'autonomie jusqu'à présent?
5. Quels étaient les éléments de mise en oeuvre de l'autonomie dans cet hôpital? Quel est le progrès de l'hôpital dans la mise en place de cette autonomie? Quelles sont les leçons apprises à propos de la mise en oeuvre d'une politique pour augmenter l'autonomie? Quels sont les facteurs qui ont contribué à la réussite de la stratégie pour augmenter l'autonomie?

Méthodologie

L'unité d'analyse peut être un hôpital individuel, plusieurs hôpitaux ou une organisation d'hôpitaux. Lorsque des informations suffisantes sont disponibles, il est possible d'évaluer la performance de l'hôpital pendant une certaine période. Ce type d'analyse temporelle est particulièrement utile si on peut l'effectuer à partir de la période avant autonomie jusqu'à la période après l'autonomie. Quand on évalue l'autonomie dans plus d'un hôpital, des études transverses pourraient révéler des comparaisons intéressantes et de grande signification.

Il existe quatre types d'informations qui peuvent être recueillies pour évaluer l'effet de l'autonomie: des données quantitatives, des rapports ou autre documentation, des interviews, et des observations directes par l'équipe de recherche.

La Nature et le Degré D'autonomie

The point de départ de l'évaluation détermine le type et l'étendue de l'autonomie. Comme il est expliqué précédemment, on peut décrire l'autonomie selon les dimensions de sa nature ou de son étendue. For chaque hôpital, le degré présent d'autonomie peut se résumer selon le Tableau 4.2. Des commentaires (annotés à la ligne appropriée et présentés à la fin) devraient fournir des informations supplémentaires sur l'étendue de l'autonomie, identifier les différences par sous-catégories à l'intérieur des catégories listées, ou identifier des différences entre les responsabilités et structures officielles et les procédures actuelles d'opération. Par exemple, il serait à noter comme commentaire si le Conseil administratif contrôle officiellement le budget, mais en réalité ne prend pas le temps pour examiner le budget proposé par l'administrateur avant de l'approuver.

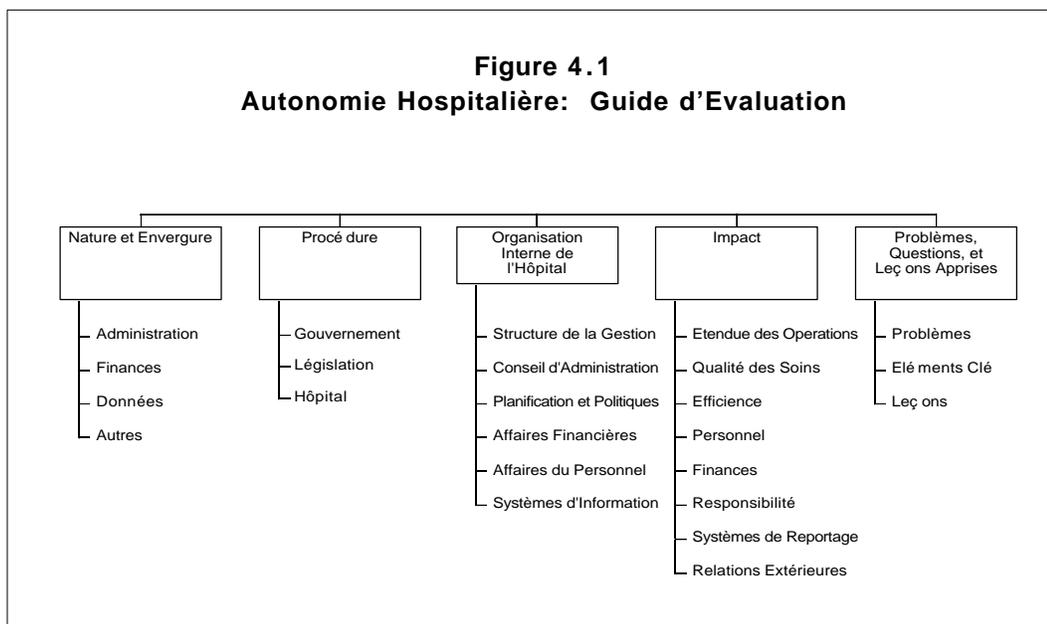
En plus des informations présentées dans le Tableau, il faudrait identifier les cas où l'hôpital a reçu l'autorité mais ne l'a pas encore exercée.

On peut utiliser les informations recueillies selon le Tableau 4.2 pour déterminer le nature et l'étendue de l'autonomie.

Le Processus par Lequel L'autonomie est Accordée à L'hôpital

Le prochain élément est le processus par lequel l'hôpital, ou l'organisation d'hôpitaux, obtient son autonomie. Et le gouvernement et l'hôpital jouent un rôle important dans ce processus. Pour le gouvernement il y a question de la prise de décisions portant sur le type et l'étendue de l'autonomie; de l'évaluation de l'effet probable de l'autonomie sur les finances, l'administration et le

Figure 4.1
Autonomie Hospitalière: Guide d'Evaluation



personnel du gouvernement; des facteurs politiques comme l'appui ou l'opposition de différents groupes; des facteurs légaux concernant par exemple la législation particulière d'un pays et le besoin d'un changement; ainsi que des facteurs reliés spécifiquement aux employés gouvernementaux dans les hôpitaux. De même, il y a des facteurs portant sur l'opération de l'hôpital, dont la relation entre les médecins et l'administration sous un régime autonome, l'appui et l'opposition de certains groupes dans l'hôpital, et les modifications administratives et structurelles apportées par l'autonomie. Tous ces facteurs, ainsi que d'autres, sont résumés ci-dessous.

Le Niveau du Gouvernement

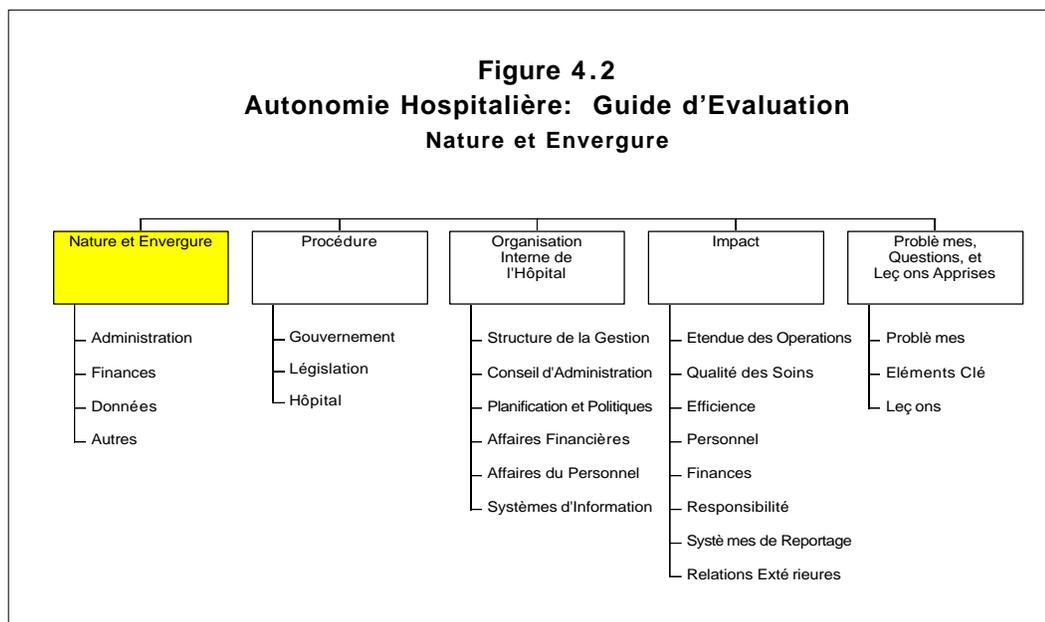
1.
 - a. Quand a-t-on pris la décision d'accorder plus d'autonomie?
 - b. Pourquoi a-t-on pris cette décision?
 - c. Quelle forme (degré et type) d'augmentation d'autonomie est envisagée?

Tableau 4.1

Méthodologie de l'étude

	<i>Cas simple: Un hôpital</i>	<i>Cas multiple: Plusieurs hôpitaux</i>	<i>Organisation des hôpitaux</i>
Analyse de transection	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation d'un hôpital autonome 2. Comparaison avec un hôpital semblable non-autonome 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation de plusieurs hôpitaux autonomes 2. Comparaison à l'intérieur de l'échantillon 3. Comparaison avec des hôpitaux semblables non-autonomes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation de l'organisation 2. Évaluation d'au moins un hôpital représentatif de l'organisation 3. Comparaison avec des hôpitaux en dehors de l'organisation
Analyse temporelle	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation d'un hôpital autonome 2. Étude comparant l'hôpital avant/après autonomie 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation de plusieurs hôpitaux autonomes 2. Analyse des données comparant les hôpitaux à l'intérieur de l'échantillon et dans le temps 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation de l'organisation 2. Évaluation d'au moins un hôpital représentatif de l'organisation 3. Analyse de données comparant les hôpitaux à l'intérieur de l'échantillon et dans le temps

Figure 4.2
Autonomie Hospitalière: Guide d'Évaluation
Nature et Envergure

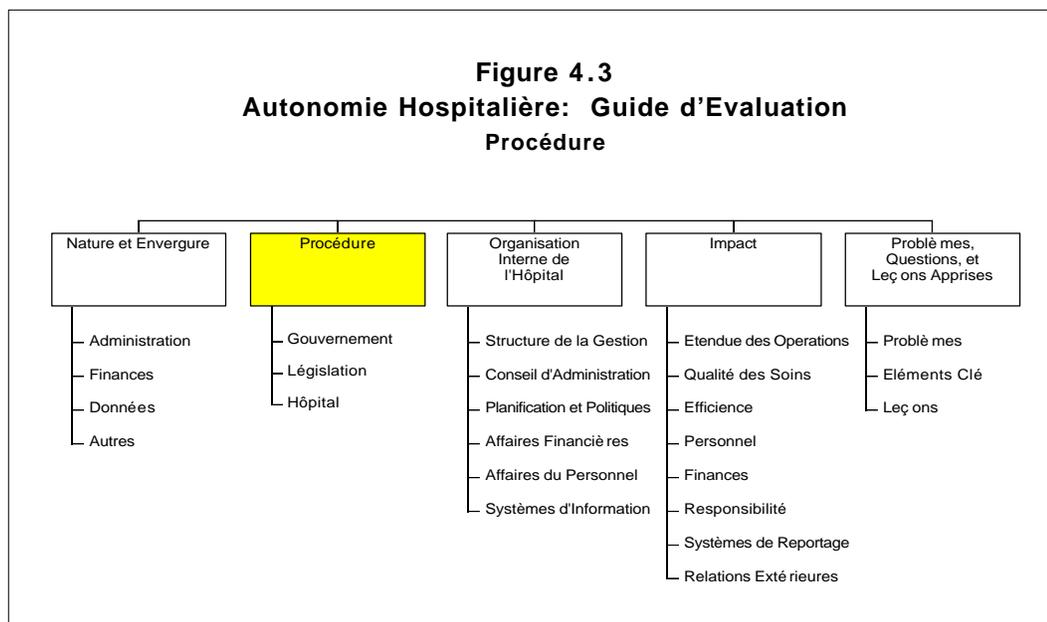


2. a. Quel était l'effet prévu de la plus grande autonomie sur:
 - l'hôpital
 - les finances
 - l'administration
 - le secteur de la santé
 - b. Pour qui cette décision entraînera-t-elle un gain/une perte?
 - Quelle sera l'ampleur de ce gain/cette perte?
 - c. Quelles sont les conséquences symboliques de la décision d'accorder l'autonomie?
3. a. Pourquoi a-t-on choisi ce moment en particulier?
 - b. Quelles transitions affectant le moment choisi se produisaient dans:
 - le gouvernement,
 - les organisations affectées par cette politique,

Tableau 4.2
Caractéristiques de l'autonomie

<i>Fonction</i>	<i>Statut actuel</i>	<i>Base légal</i>	<i>Quand/la changé</i>	<i>Statut Précédent</i>
Administration				
Conseil d'administration				
Existe				
Appointé par				
Étendue et autorité				
Directeur général				
Appointé par				
Se présente à				
Revenu				
Ministère de la Santé				
Structure de paiements				
Qui établit les tarifs?				
Hôpital contrôle les tarifs?				
Hôpital retient?				
Qui assumé le risque?				
Budget de l'institution				
Recurrent				
Personnel				
Stock				
Autre				
Capital				
Bâtiment				
Équipement				
Autre				
Entrées				
Personnel				
Niveaux				
Salaires				
Bénéfices				
Recrutement				
Formation				
Renvoi				
Médicaments				
Stock				
Médical				
Non-médical				
Équipement				
Achat				
Entretien				
Services sous contrat				
(Énumérer et identifier)				
Contracté à qui?				
Supervisé par qui?				

Figure 4.3
Autonomie Hospitalière: Guide d'Evaluation
Procédure



- le monde politique et économique en général?
- c. Quelle est la relation entre l'autonomie et les autres réformes?
4. a. Qui étaient les participants principaux dans la prise de décisions?
- b. Quel était le rôle
- du gouvernement,
 - des partis politiques,
 - de l'hôpital,
 - du secteur privé,
 - du monde académique,
 - des agences internationales,
 - des bailleurs de fonds,
 - du personnel de l'hôpital,
 - du public
- Pour chaque parti:

Appui/opposition/position non-disponible

Niveau d'appui/opposition

Justification de cette position

Effet/influence sur la politique finale

- c. Prendre note du rôle particulier joué par les bailleurs de fonds, s'il y a lieu.
 - d. Existe-t-il d'autres participants importants? Si oui, décrire leur rôle et influence.
- 5.
- a. Comment le gouvernement a-t-il obtenu la participation des tous ces partis?
 - b. Quels mécanismes ont été invoqués pour vaincre l'opposition?
 - c. Quels mécanismes ont été invoqués pour gagner l'appui?
- 6.
- a. Est-ce que le passage de nouvelles lois a été nécessaire?
 - b. Quels pouvoirs, responsabilités et obligations statutaires possédait l'hôpital?

Le Niveau de L'hôpital

1.
 - a. Quand a-t-on mis en oeuvre la décision d'augmenter l'autonomie hospitalière?
 - b. Qui a été responsable de la mise en oeuvre du projet d'autonomie?
 - c. Quelles modifications du projet initial ont eu lieu pendant l'exécution du projet?
2.
 - a. Quels individus ou groupes dans l'hôpital ont appuyé le projet d'autonomie?
 - b. Qui était opposé au projet?
 - Pour chaque parti:
 - Quelle était l'importance de la décision de chacun?
 - Quelles étaient les raisons pour appuyer/opposer le projet?

- Quel était le degré d'appui/opposition de chacun?
- c. Y avait-il des partis non-mobilisés, qui, si mobilisés dans le futur, pourrait influencer le projet?
- 3. a. Comment l'administration a-t-elle obtenu la participation des tous ces partis?
- b. Quelle(s) approche(s) a-t-on utilisée(s) pour mettre en oeuvre le projet?
- c. Quels individus/groupes l'administration a-t-elle réussi à influencer?
- d. Quelle était la forme de cette influence?
- e. Quels mécanismes ont été invoqués pour vaincre l'opposition?
- 4. a. Comment l'hôpital a-t-il été affecté par des modifications dans les domaines suivants:
 - la structure et le fonctionnement?
 - la gestion financière?
 - les relations professionnelles et interpersonnelles?
 - les relations entre médecins et patients?

Le processus par lequel l'autonomie est accordée à l'hôpital peut s'expliquer ou se décrire en utilisant les outils de schématisation politique. La schématisation politique constitue "une démarche en six étapes pour décrire les facteurs, les participants principaux, les ressources et les réseaux impliqués dans une décision particulière de politique de santé" (Reich, 1994). La première étape décrit l'effet de la politique de santé selon l'identité, l'ampleur, le timing et l'intensité des conséquences. La deuxième étape identifie les opposants et les partisans de la politique. La troisième étape identifie les organisations et individus importants pour la prise de décisions, et évalue l'influence de la politique sur ces organisations et individus. La quatrième étape identifie les liens officiels et non-officiels entre les organisations et les individus impliqués dans la politique. La cinquième étape évalue les modifications de l'organisation responsable, et porte sur le monde politique et économique général. La dernière étape fait une analyse des stratégies employées pour influencer la décision.

Les Modifications de L'administration, des Systèmes Internes et des Pratiques

La structure interne et la gestion de l'hôpital seront probablement modifiées afin

d'accomoder le nouveau degré d'autonomie. La structure de l'administration directe par le gouvernement devra être modifiée pour accomoder la responsabilité et la responsabilisation de l'organisation, surtout en ce qui concerne l'administration, les finances et les services. De plus, l'hôpital sera probablement doté d'un nouveau Conseil d'administration, avec une composition et structure différentes du précédent. L'autonomie affectera également les fonctions de planification et des politiques. Tous ces facteurs, ainsi que d'autres, sont résumés ci-dessous.

Structure de la Gestion

1. Quelle est la présente structure dans la gestion de l'hôpital de:
 - a. l'administration
 - b. le finances
 - c. les services médicaux
 - d. les services infirmiers
 - e. les services secondaires

2. Ces éléments ont-ils été modifiés par l'autonomie?

3. Si oui, décrire la modification.

(Pour chaque élément, indiquer à quel point le changement avait lieu parce que l'autonomie requiert de meilleurs systèmes, ou parce que de nouveaux systèmes étaient désirés et l'autonomie permettait à l'hôpital de mettre en oeuvre des améliorations?)

Composition et Structure du Conseil D'administration

1. Décrire la composition et la structure du Conseil

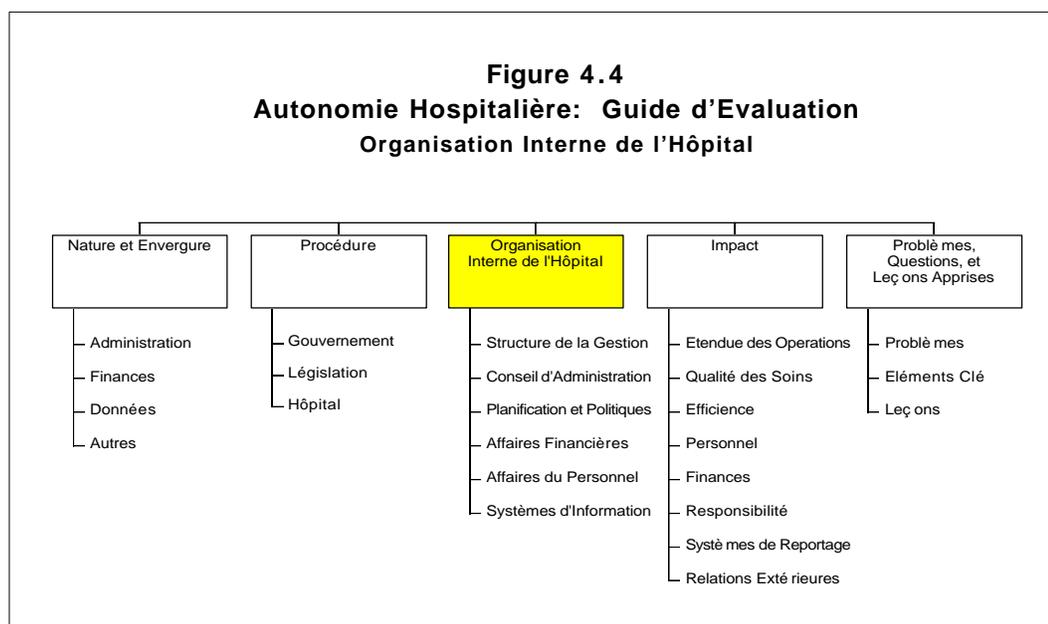
2. Le Conseil a-t-il été modifié par la modification de l'autonomie?

(Pour chaque élément, indiquer à quel point le changement avait lieu parce que l'autonomie requiert de meilleurs systèmes, ou parce que de nouveaux systèmes étaient désirés et l'autonomie permettait à l'hôpital de mettre en oeuvre des améliorations?)

La Planification et la Formulation de Politiques

1. L'expansion de l'autonomie a-t-elle entraîné la création ou l'expansion des procédures de planification ou d'établissement de politiques?

Figure 4.4
Autonomie Hospitalière: Guide d'Evaluation
Organisation Interne de l'Hôpital



(Pour chaque élément, indiquer à quel point le changement avait lieu parce que l'autonomie requiert de meilleurs systèmes, ou parce que de nouveaux systèmes étaient désirés et l'autonomie permettait à l'hôpital de mettre en oeuvre des améliorations?)

Les Finances

1. L'expansion de l'autonomie a-t-elle entraîné la création ou l'amélioration des systèmes suivants:
 - a. Le reportage des finances/Systèmes de comptabilité
 - b. Systèmes et pratiques de vérification de comptes
 - c. Facturation

(Pour chaque élément, indiquer à quel point le changement avait lieu parce que l'autonomie requiert de meilleurs systèmes, ou parce que de nouveaux systèmes étaient désirés et l'autonomie permettait à l'hôpital de mettre en oeuvre des améliorations?)

Le Personnel

1. Suite à l'expansion de l'autonomie, y a-t-il eu des changements dans:
 - a. le personnel administratif

- b. les protocoles d'embauchage et de renvoi
 - c. les politiques de compensation
 - d. les systèmes d'évaluation du personnel
 - e. la gestion du personnel/systèmes d'attribution de tâches
 - f. activités de formation
2. Suite à l'expansion de l'autonomie,
 - a. Est-ce que l'hôpital a trouvé nécessaire d'ajouter de nouvelles positions?
 - b. A-t-on comblé les positions?
 - c. Combien de temps était nécessaire pour définir la nouvelle position et trouver le candidat approprié? Comment expliquer le court/long délai?
 3. Suite à l'expansion de l'autonomie,
 - a. Y a-t-il eu une modification des échelles de compensation pour les employés?
 - b. A-t-on introduit des systèmes de primes d'encouragement ou de rendement?
 4. Dans la période suivante l'autonomie, y a-t-il eu des changements dans les activités syndicales dans l'hôpital?

(Pour chaque élément, indiquer à quel point le changement avait lieu parce que l'autonomie requiert de meilleurs systèmes, ou parce que de nouveaux systèmes étaient désirés et l'autonomie permettait à l'hôpital de mettre en oeuvre des améliorations?)

Systèmes D'information

1. L'expansion de l'autonomie a-t-elle entraîné la création ou l'amélioration des systèmes suivants:
 - a. Le reportage des finances/ les systèmes de comptabilité
 - b. La gestion des systèmes d'information
 - c. Les systèmes d'informations cliniques

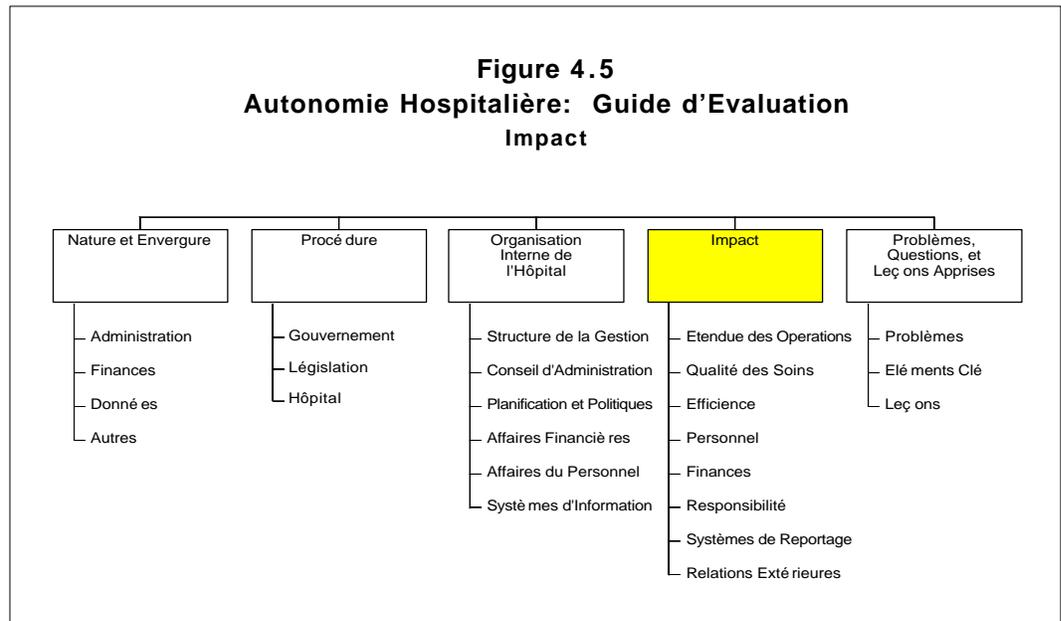
L'impact de L'autonomie

Dans cette section nous examinons l'effet des changements dans le rendement, la performance et les relations de l'hôpital qui résultent de l'autonomie.

- L'étendue des opérations
- La qualité des soins: Structure et procédures
 - Disponibilité et productivité du personnel
 - Disponibilité de l'équipement
 - Disponibilité du stock
 - Entretien/Propreté
 - Accessibilité pour les patients
 - Satisfaction des patients
- Qualité des soins: Résultats
- Coût, efficacité, et financement
 - coût-efficacité
 - financement
- Activités du personnel de l'hôpital
 - productivité
 - morale
 - discipline
- Relations extérieures
 - Responsabilité
 - Implication communautaire et responsabilité
- Systèmes de reportage
- Reportage des finances/vérification de comptes
- Modifications de relations
 - gouvernement
 - bailleurs de fonds

- autres hôpitaux
- école de médecine

Nous discutons de chacun de ces items.



L'ensemble des Opérations

1. Est-ce que l'hôpital a ajouté, enrayé ou modifié l'ensemble des activités d'un service, par exemple:
 - a. Les hospitalisations
 - b. Médecine interne
 - c. Chirurgie
 - d. Pédiatrie
 - e. Maternité
 - f. Psychiatrie
 - g. Autres services en ambulatoire

- h. Urgence
 - i. Cliniques spécialisées
2. Est-ce que l'hôpital a changé les conditions pour référence à l'hôpital?
 3. Est-ce que l'hôpital a changé les conditions pour admission à l'hôpital pour:
 - a. un patient privé
 - b. patient gouvernemental payant
 - c. patient gouvernemental non-payant
 4. Est-ce que le rôle de l'hôpital dans le système de santé a changé part rapport aux autres prestataires dans la période suivant l'autonomie? Est-ce que la capacité à entreprendre ce changement a été influencée par le changement d'autonomie?
 5. Est-ce que l'autonomie a modifié le rôle éducatif de l'hôpital?

La Qualité des Soins

Les changements dans la qualité des soins peut s'évaluer selon l'effet d'une intervention sur la structure, le processus, et le résultat (Donabedian, 1980). Cet effet est jugé selon six critères différents: l'efficacité, l'acceptabilité, l'efficience, l'accessibilité, l'équité, et la pertinence (Maxwell 1984, 1992). Cette classification 3-par-6 donne dix-huit "cellules," qui résultent de l'intersection de deux dimensions, donnant de l'information sur le seuil (structure, processus, outcome) et l'indicateur de la qualité (efficacité, acceptabilité, efficience, accès, équité, pertinence). La qualité des soins peut être évaluée en comparant chaque cellule à un standard établi et validé. La progression peut être évaluée en effectuant une comparaison temporelle des cellules.

La Qualité des Soins: Structure et Processus

L'état des installations et de l'équipement, le processus administratif, les qualifications, l'expérience et la formation du personnel médical et non-médical, et l'accréditation de l'hôpital sont des éléments structuraux qui affectent l'efficacité du rendement des services hospitaliers. Entre autres, le confort, la courtoisie, la discrétion, les conseils, etc., affectent l'acceptation des services hospitaliers par les patients. Des niveaux adéquats de personnel et d'équipement auront probablement un effet sur les paramètres de l'efficience, tandis que l'emplacement des installation aura probablement un impact sur la

question d'accessibilité. Toutes ces questions tombent sous la rubrique de la qualité des soins. Du côté processus se trouvent les éléments de gestion technique, les examens diagnostiques, la médecine de prévention, l'éducation des patients, l'administration or l'organisation générales, la capacité, etc. La distinction entre structure et processus n'étant pas toujours évidente, il est souvent plus convenient de les évaluer conjointement.

1. La disponibilité et la productivité du personnel (médecine, infirmier(ère), autre personnel médical, administrateur, autre)
 - a. Examiner les tendances dans chaque catégorie de personnel:
nombre agrégé de membres du personnel
la proportion personnel/patients par jour
 - b. Existe-t-il des lacunes dans une catégorie de personnel? Si oui:
Laquelle?
Explication de cette lacune
 - c. Pendant la période d'autonomie, le manque de personnel s'est-il amélioré ou empiré?
 - d. Existait-il des surplus de personnel?
 - Si oui, dans quelle catégorie? Quelle était l'influence de l'autonomie sur ce surplus?
 - e. Quel est l'effet de l'autonomie sur le taux de retention du personnel?
 - f. Quel est l'effet de l'autonomie sur le recrutement du personnel?
 - g. Quel est l'effet de l'autonomie sur la formation du personnel? Cette formation est-elle meilleure ou pire?
2. La disponibilité de l'équipement (pour, entre autres, les services infirmiers, radiologie, pathologie, laboratoires)
 - a. Est-ce que l'équipement nécessaire est disponible?
 - b. Est-ce la disponibilité de l'équipement s'est améliorée ou empirée pendant la période d'autonomie?
 - c. Dans quel délai se sont effectuées les réparations sur l'équipement en panne?

- d. Est-ce que ce délai s'est écourté ou allongé pendant la période d'autonomie?
 - e. Quels changements ont été apportés au protocole pour faire réparer l'équipement en panne?
 - f. Est-ce que l'autonomie rendait plus facile ou plus difficile la modernisation ou l'achat de nouvel équipement?
 - g. Comment le protocole pour acheter de l'équipement a-t-il changé?
3. La disponibilité des médicaments
- a. Est-ce que les médicaments à ordonnance sont disponibles en général?
 - b. Est-ce la disponibilité des médicaments à ordonnance s'est améliorée ou empirée pendant la période d'autonomie?
 - c. Quels changements ont été apportés au protocole pour commander les médicaments à ordonnance?
 - d. Est-ce que le temps nécessaire pour obtenir les médicaments à ordonnance s'est écourté ou allongé pendant la période d'autonomie?
4. La disponibilité du stock
- a. Est-ce que le stock est disponible en général?
 - b. Est-ce la disponibilité du stock s'est améliorée ou empirée pendant la période d'autonomie?
 - c. Quels changements ont été apportés au protocole pour commander le stock?
 - d. Est-ce que le temps nécessaire pour obtenir le stock s'est écourté ou allongé pendant la période d'autonomie?
5. Entretien/propreté
- a. Est-ce l'hôpital est généralement propre?
 - b. Est-ce que l'hôpital est devenu plus ou moins propre pendant la période d'autonomie?
 - c. Est-ce que les installations et l'équipement fixe et mobile sont bien maintenus?

Tableau 4.3
Qualité des soins

	<i>Structure</i>	<i>Procédures</i>	<i>Résultats</i>
Efficacité	Installations, équipement, procédures administratives, qualifications du personnel médical, etc.	histoire clinique, examen physique, examens diagnostiques, compétence technique, mesures préventatives, suivi, etc.	guérison, rétablissement des fonctions, survie, etc.
Acceptabilité	Comfort des installations, propreté, discrétion, conseils, etc.	explication du traitement, éducation des patients, etc.	suivi des résultats pour amélioration, réunions, etc.
Efficience	Niveaux adéquats de personnel et d'équipement, etc.	administration, organization, personnel, arrangement des opérations, etc.	comparaison des coûts pour cas semblables dans les divers départements et dans le temps
Accessibilité	Emplacement, etc.	capacité, etc.	traitement des patients sur des listes d'attente, etc.
Équité		traitement biaisé, etc.	résultats biaisés, etc.
Pertinence	Utilité des ressources, besoin des services spécifiques, etc.		effet sur la santé de divers groupes de patients, etc.

- d. Est-ce que l'entretien s'est améliorée ou empirée pendant la période d'autonomie?
6. L'accessibilité pour les patients
- a. Dans le passé, existait-il des listes d'attentes pour certains services? En existe-t-il présentement? Est-ce que l'attente est devenue plus ou moins courte pendant la période d'autonomie?
- b. Est-ce que l'hôpital a amélioré ou a limité son accessibilité pour:
- les patients privés
 - les patients gouvernementaux payants
 - les patients gouvernementaux non-payants
 - Pour quels services? Justification?
- c. Selon les patients ou leurs familles, l'accessibilité aux soins est-elle excellente, bonne, ou mauvaise? Les patients et les familles qui ont fréquenté l'hôpital il y a cinq ans perçoivent-ils

l'accessibilité aux soins comme étant meilleure, pire, ou la même? Caractérisent-ils l'accessibilité d'il y a cinq ans comme étant excellente, bonne, ou mauvaise?

7. La satisfaction des patients

a. Les éléments suivants sont-ils considérés excellents, bons, ou mauvais par les patients et leur familles?

- la qualité des soins
- la qualité des soins infirmières
- la qualité de l'établissement
- le service alimentaire
- la propreté de l'hôpital
- la satisfaction générale

b. Selon les patients ou leurs familles qui ont fréquenté l'hôpital il y a cinq ans, est-ce que les éléments suivants se sont améliorés, empirés, ou restés les mêmes?

- la qualité des soins
- la qualité des soins infirmières
- la qualité de l'établissement
- le service alimentaire
- la propreté de l'hôpital
- la satisfaction générale

c. Selon les patients ou leurs familles qui ont été soignés il y cinq ans, est ce que les éléments suivants étaient considérés à ce moment comme excellents, bons, ou mauvais ?

- la qualité des soins
- la qualité des soins infirmières
- la qualité de l'établissement
- le service alimentaire

- la propreté de l'hôpital
 - la satisfaction générale
- d. Est-ce que l'hôpital a fait des sondages sur ou a mesuré la satisfaction des patients? Si oui, quels en étaient les résultats?

La Qualité des Soins: Résultats

La guérison des patients, le traitement de suivi, et l'effet sur la santé pour différentes populations ne représentent que quelques facteurs importants pour l'évaluation de la qualité des soins. Le taux de guérison et de survie, ou le taux de mortalité peuvent indiquer l'efficacité des résultats dans un hôpital. Les visites de suivi pour amélioration peut indiquer l'acceptabilité par les patients. La comparaison de coûts et de cas dans le temps peut révéler des changements d'efficacité. L'équité et l'accessibilité peuvent être évaluées en regardant l'utilisation de l'hôpital par les différents groupes socioéconomiques et raciales, ainsi que par sexe, âge, maladie et condition traitée.

1. Quelle est la tendance du taux de mortalité?
 - a. Hôpital
 - b. Ministère de la Santé (par service, dans le temps)
2. Quel pourcentage de patients sont appelés pour un traitement de suivi et d'amélioration? La fréquence de visites de suivi a-t-elle changé après autonomie?
3. Comment varie l'utilisation de l'hôpital par groupe socio-économique, sexe, âge, race, maladie et condition? Y a-t-il eu un changement dans l'utilisation après autonomie?

Efficiences

À la limite, la performance d'un hôpital se mesure surtout par la capacité de fournir des soins de haute qualité à un moindre coût. On peut déterminer une portion de l'efficiences en mesurant les coûts et en examinant la relation entre les coûts et les services rendus.

Les coûts hospitaliers incluent les coûts récurrents (par exemple, l'entretien, le loyer, les services publics, le personnel, le service alimentaire, le blanchissage, les linges, et le coût des services diagnostiques, thérapeutiques et autres traitements) et le coût du capital (par exemple, le terrain, les installations, et l'équipement). Les services hospitaliers sont d'habitude mesurés par le nombre

de visites en ambulatoire, et le nombre d'hospitalisations et de renvois (guérisons). Les indicateurs traditionnels de service hospitalier sont:

- Le taux d'occupation des lits, mesurant le pourcentage de lits disponibles qui sont occupés pendant l'année;
- La durée moyenne de séjour, défini comme le nombre moyen de jours entre l'admission et le renvoi; et
- Le taux de rotation des lits, c'est-à-dire le nombre moyen de patients par lit par année.

Une approche pour évaluer l'efficacité est de la mesurer selon un indicateur de performance comme le coût quotidien par lit, le rendement des services, le retour sur le capital, etc. Il est important de noter, par contre, que des variations dans la données utilisées et les sources d'informations, ainsi que les variations dans l'environnement sanitaire, institutionnel, et économique peut compromettre de façon importante l'efficacité des études de coût unitaire. Pour qu'une étude de coût unitaire puisse indiquer quel hôpital est le plus efficace techniquement et économiquement, elle doit satisfaire aux conditions suivantes: (a) l'ensemble des cas dans chaque hôpital doit être comparable ou sinon, pris en compte; (b) la qualité des soins doit être la même ou ajustée; et (c) les informations sur les coûts doit prendre en compte les coûts pour la société associés avec l'utilisation des ressources. Sans ces conditions, les conclusions tirées des mesures de coût unitaire sont indéterminées ou difficiles à interpréter. Un coût unitaire élevé peut être une réflexion d'une variété de facteurs dont une haute qualité, une mauvaise efficacité, ou les caractéristiques des patients. Par contre, un coût unitaire peu élevé peut indiquer une mauvaise qualité ou une bonne efficacité.

De plus, l'analyse par proportions se limite d'habitude à une proportion entre un produit de sortie et une entrée, car il est difficile de prendre en compte les situations où plusieurs entrées résultent en plusieurs produits de sortie. Par exemple, le coût par admission ou par lit ne prend pas en compte une distinction entre patients avec conditions aiguës et les patients à long terme. De même, il n'est pas toujours facile de contrôler l'effet d'autres facteurs, par exemple une augmentation des ressources financières, qui ont une grande possibilité d'influencer les indicateurs directs. Dans ces cas-là, il n'est pas évident comment attribuer les changements impliqués par les indicateurs à la politique d'accorder une plus grande autonomie.

Toutefois, les informations sur les recettes, les dépenses et les statistiques d'opération de l'hôpital demeurent utiles.

À l'aide des informations ci-dessus, il est possible de calculer:

1. Les coûts et le rapport coût-efficience

a. Coût/admission

Coût/jour

Durée de séjour, globalement et par service

Taux d'occupation, globalement et par service

b. Coût per diem

On peut utiliser un budget ou des données détaillées sur les dépenses pour estimer le coût per diem des départements individuels et/ou les fonctions dans le temps:

- salaires des infirmiers(ères)
- autres salaires
- nourriture
- radiologie
- services de laboratoire
 - médicaments
 - autre stock médical
 - stock non-médical
 - chirurgie
- c. Y a-t-il une indication qu'une plus grande autonomie influence la capacité de l'hôpital à apporter des soins plus efficacement ou à un coût réduit?
- d. Selon les administrateurs hospitaliers, la plus grande autonomie a-t-elle influencé leur capacité à apporter des soins plus efficacement ou à un coût réduit? Quels exemples peuvent-ils citer?

2. Financement

a. Comment les sources de financement ont-elles changées pendant la période d'autonomie?

b. Le financement est-il plus ou moins stable pendant la période d'autonomie?

Le Personnel: Les Activités du Personnel dans L'hôpital

L'autonomie peut entraîner plusieurs modifications dans les activités du personnel dans l'hôpital. Les employés dans un hôpital gouvernemental sont souvent des employés gouvernementaux qui possèdent tout le soutien légal et statutaire offert par le gouvernement. Sous autonomie, cependant, ces employés deviennent souvent employés de l'institution autonome et peuvent perdre leur statut d'employés gouvernementaux. Cette modification de statut peut affecter la productivité, la morale et la discipline des employés, et donc la performance de l'hôpital aussi.

1. Y a-t-il eu des changements dans les conditions d'emploi dans l'hôpital après autonomie?
2. Quelle a été l'influence de l'autonomie sur
 - a. la productivité
 - b. la morale
 - c. la discipline(pour médecins, infirmiers(ières), autre personnel médical, administration, personnel non-médical, etc.)

Responsabilité

Une organisation autonome peut se trouver en mesure de répondre aux besoins locaux et d'inclure les communautés locales dans la prise de décisions sur les services de santé de manière plus directe et immédiate. Dans plusieurs pays en voie de développement, il existe déjà des structures facilitant la participation communautaire au niveau de l'arrondissement ou du village. La participation communautaire peut être évaluée en examinant la fréquence et les descriptions des réunions, des activités de suivi, et les contributions directes à la planification.

Participation et responsabilité communautaires

1. Quels groupes communautaires sont organisés dans la région?
2. Ont-ils exprimés la volonté de rencontrer l'administration de l'hôpital?
3. L'administration de l'hôpital a-t-elle exprimé la volonté de rencontrer les groupes communautaires?

Tableau 4.4
Revenus, dépenses et statistiques d'opération

	Années (compléter aussi loin que possible)
<p>Revenus</p> <p>Récurrents</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>Paieiment par les usagers</p> <p> Patients/Assurance</p> <p> Patients gouvernementaux</p> <p> Patients privés</p> <p>Baillleurs de fonds</p> <p>Autre</p> <p>Capital</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>Baillleurs</p> <p>Autre</p> <p>Dépenses</p> <p>Par service, si disponible</p> <p> Patients hospitalisés</p> <p> Service en ambulatoire (Si disponible en plus de détails, collecter, ajouter nouvelles catégories)</p> <p>Par catégorie de dépenses</p> <p> Salaires (par catégorie d'employés, si disponible)</p> <p> Bénéfices aux employés et autre compensation</p> <p> Médicaments</p> <p> Stock</p> <p> Médical</p> <p> Non-médical</p> <p> Entretien</p> <p> Autre dépense récurrente (fournir des informations additionnelles, si disponible)</p> <p>Capital</p> <p> Installations</p> <p> Équipement</p>	
<p>Statistiques d'opération</p> <p>Lits, disponibles et avec surveillance (par service, si disponible)</p> <p>Admissions (par forme de paiement, si disponible) (suivre structure suivante, si possible:</p> <p> Maternité</p> <p> Payants</p> <p> Non-Payants</p> <p>Jours d'admission (même structure que les admissions)</p> <p>Visites en ambulatoire (collecter par service/clinique, si disponible) (collecter par forme de paiement, si disponible)</p> <p>Autres services (département)</p> <p> Services en extension</p> <p> Services de prévention</p> <p> Service de planification familiale</p> <p> Cliniques pour la santé infantile</p> <p> Examens de laboratoire)</p> <p>Personnel (équivalents à temps, si disponible) (données peuvent être organisées comme suit:</p> <p> Médecins</p> <p> Infirmiers(ères)</p> <p> Assistants(es)-infirmiers(ères)</p> <p> Personnel technique</p> <p> Personnel d'entretien et secrétariat</p> <p> Administration)</p>	

4. Avec quelle fréquence l'administration rencontre-t-elle les groupes communautaires?
5. Les réunions sont-elles documentées?
6. Y a-t-il un suivi après les réunions? Exemples?
7. Comment la participation communautaire a-t-elle influencé le fonctionnement ou les objectifs de l'hôpital?

Systemes de Reportage

La délégation de l'autorité peut être accompagnée d'un système de contrôle et de surveillance afin d'assurer le déploiement responsable de l'autorité. Ces contrôles peuvent inclure un reportage régulier et périodique ainsi qu'une surveillance de certains indicateurs de performance.

1. Général
 - a. Quels rapports l'hôpital doit-il rendre au gouvernement? Avec quelle fréquence cette exigence a-t-elle changé avec l'autonomie?
 - b. Avec quelle fréquence les représentants du gouvernement rencontrent-ils l'administration de l'hôpital? Est-ce que cela a changé avec l'autonomie?
 - c. Quelles activités de suivi résultent du système de reportage pour des réunions? Est-ce que cela a changé avec l'autonomie?
2. Finances
 - a. Comment fonctionnent le système de reportage des finances et de vérification de comptes?
 - b. Comment ont-ils changé pendant la période d'autonomie?
 - c. Envisage-t-on des modifications? Quand?

Les Relations Extérieures

L'autonomie modifie souvent les relations entre l'hôpital et le gouvernement, les bailleurs, les autres hôpitaux et les écoles de médecine. Bien que le gouvernement demeure le propriétaire de l'hôpital, le transfert du siège de contrôle et de surveillance donne une nouvelle identité à l'hôpital. De même, les bailleurs ne considèrent plus l'hôpital comme une partie du gouvernement; par conséquent, leur interaction avec l'hôpital devient plus directe. La relation avec les autres hôpitaux et les écoles de médecine se modifie aussi après l'autonomie.

1. Pendant la période d'autonomie, comment a changé la relation de l'hôpital avec:
 - a. le Gouvernement, le Ministère de la Santé, le Ministère des Finances, la Trésorerie
 - b. les bailleurs
 - c. les autres hôpitaux
 - d. l'école de médecine

Les facteurs qui contribuent à la réussite de l'autonomie hospitalière

Il y a plusieurs facteurs cruciaux pour la mise en oeuvre réussie de l'autonomie hospitalière. On peut identifier plusieurs problèmes et questions reliés à l'autonomie grâce aux informations fournies dans les sections précédentes. Par exemple, le manque d'expérience de la part de l'administration hospitalière, le manque de préparation, l'incompatibilité de compétences, des systèmes d'informations inadéquats, et les exigences communautaires placées sur une organisation autonome peut avoir un effet néfaste sur la performance d'un hôpital autonome. Il est utile de documenter et de comprendre comment un hôpital résout de tels problèmes.

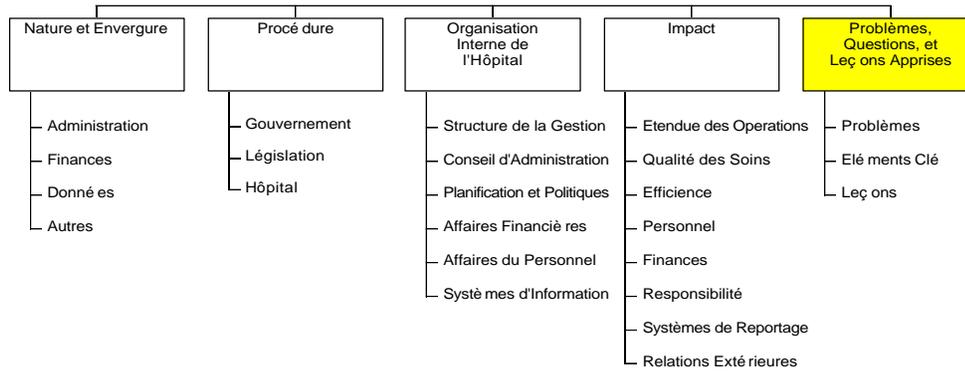
1. Quels problèmes ou questions l'hôpital doit-il affronter face à l'autonomie?
(Exemples de questions:
L'inexpérience du Conseil d'administration
L'incompatibilité des besoins et de la compétence du personnel
Les systèmes d'informations pas encore mis en place)
 - a. La nature de la question
 - b. Comment elle est survenue
 - c. Influence sur l'hôpital
 - d. Solution, s'il y en a
2. Quels problèmes ou questions reliés à l'autonomie qui sont survenus ont été résolus?
 - a. La nature de la question
 - b. Comment elle est survenue

- c. Influence à court terme sur l'hôpital
 - d. Comment elle a été résolue
3. Comment les bailleurs ont-ils agi pour promouvoir une plus grande indépendance et efficacité dans l'hôpital?
4. Quels facteurs et ressources sont nécessaires à la réussite de l'autonomie?
- Quelle est l'importance des items suivants?
- a. Le leadership
 - b. La création d'institutions
 - c. Des modifications dans le système de santé appuyant ou renforçant l'autonomie (e.g., nouveau financement)
 - d. La stabilité financière
 - e. Une structure législative appropriée (définir)
5. Quelles sont les leçons les plus importantes apprises lors de la mise en œuvre? Quelles recommandations peut-on donner aux autres hôpitaux ou pays qui cherchent à augmenter l'autonomie hospitalière?

4. Mot Final

Ce guide traite de quelques paramètres généraux selon lesquels on peut évaluer l'autonomie hospitalière. Il va de soi qu'il y aura des différences entre les situations de chaque pays, de chaque région et de chaque hôpital. Un guide ne peut identifier au préalable toutes les questions qui surviendront au cours d'une investigation. De toute manière, cela ne représente pas la raison d'être d'un tel guide. L'objectif est de fournir une structure pertinente avec assez de flexibilité pour que les situations particulières à chaque pays et à chaque installation puisse être prises en compte dans l'évaluation. Cela dit, nous espérons que ce guide apportera une structure utile pour l'évaluation de l'autonomie dans les hôpitaux publics, et saura guider les réformes dans le domaine global des politiques de santé.

Figure 4.6
Autonomie Hospitalière: Guide d'Evaluation
Problèmes, Questions, et Leçons Apprises



Références

- Alexander, Jeffrey and Bonnie L. Lewis. (1984): "The Financial Characteristics of Hospitals Under for Profit and Nonprofit Contract Management," Inquiry, Vol. 2, pp. 230-242.
- Barnum, H. and J. Kutzin (1993): *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*," John Hopkins University Press: Baltimore, Maryland.
- Bekele, Abraham and Maureen A. Lewis. (1986): "Financing Health Care in the Sudan: Some Recent Experiments in the Central Region," International Journal of Health Planning and Management, Vol. 1, pp. 111-127.
- Berman, Peter and Kara Hanson. (1994): "Assessing the Private Sector: Using Non-Government Resources to Strengthen Public Health Goals," Data for Decision Making, Harvard University.
- Bloom, G., and M. Segall, and C. Thube (1986): "Expenditure and Financing of the Health Sector in Kenya," Report, Department of Population, Health, and Nutrition, The World Bank.
- Borren, Pim and Alan Maynard. (1994): "The Market Reform of the New Zealand Health Care System Searching for the Holy Grail in the Antipodes," Health Policy, Vol. 27, pp. 233-252.
- Brooke, M.Z. (1984): "Centralization and Autonomy," Holt, Reinhart, and Winston, London.
- Coulter, A. and Jean Bradlow (1993): "Effect of NHS Reforms on General Practitioners' Referral Patterns," The British Medical Journal, Vol. 306, pp. 433-437.
- Culyer, A.J. and Andrew Meads. (1992): "The United Kingdom: Effective, Efficient, Equitable?" Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 17, No. 4, pp. 667-687.
- Donabedian, A (1980): "Explanations in Quality assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches To Its Assessment," Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- Farrar, Shelley (1993): "NHS Reforms and Resource Management: Whither the Hospital," Health Policy, Vol. 26, pp. 93-104.

Frossard, Michel. (1990): "Short Communication Hospital Strategy and Regional Planning in France," International Journal of Health Planning and Management, vol.5, pp. 59-63.

Hildebrand, Stan and William Newbrander (1993): "Policy Options for Financing Health Services in Pakistan vol III: Hospital Autonomy," Health Financing and Sustainability Project, Abt Associates/Management Sciences for Health/USAID.

Hong, Phua Kai. "Privatization & Restructuring of Health Services in Singapore," IPS Occasional Paper No.5. Singapore: Times Academic Press, 1991.

James, John H. "Reforming the British National Health Service: Implementation Problems in London," Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol.20, No.1 (Spring 1995), 191-210.

Koff, Sondra. (1982): "Regionalization and Hospital Reform in Italy," Journal of Public Health Policy, Vol. 3, pp.205-225.

Lee, Kenneth (1994): "Increasing Autonomy for Ghana's Teaching Hospitals," Key Issues and Opportunities, (December, 1994), 1-31.

McPake, Barbara (1995): "Public Autonomous Hospitals in Sub-Saharan Africa: Trends and Issues", Draft.

Maganu, E.T (1990): "Decentralization of Health Services in Botswana", in Mills, Anne, J. Patrick Vaughan, Duane Smith and Iraj Tabibzadeh (1990) ed: Health System Decentralization, World Health Organization, Geneva.

Manga, Pran (1988): "The Transformation of Zimbabwe's Health Care System: A Review of the White Paper on Health," Social Science and Medicine, Vol. 27, No. 11, pp. 1131-1138.

Maro, Paul (1990): "The Impact of Decentralization on Spatial Equity and Rural Development in Tanzania," World Development, Vol. 18, No. 5, pp. 673-693.

Marse, J.A.M. (1989): "Hospital Budgeting in Holland: Aspects, Trends and Effects," Health Policy, Vol. 11, pp. 257-267.

Maynard, Alan and Karen Bloor (1995): "Primary Care and Health Care Reform: The Need to Reflect Before Reforming," Health Policy, 31 (1995), 171-181.

Maxwell, R. J. (1984): "Quality Assessment in Health," British Medical Journal, 288:1470-72.

Maxwell, R. J. (1992): *"Dimensions of Quality Revisited: from Thought to Action,"* Quality in Health Care, 1:171-177.

Mills, Anne, J. Patrick Vaughan and Duane Smith and Iraj Tabibzadeh (1990): *"Health System Decentralization,"* World Health Organization, Geneva.

Newbrander, W.C.; J.A. Thomason, R. Kolehmainen-Aitken, D. Campos-Outcalt, G. Afo and W. Davidson (1988): *"Management Support for Provinces: A Programme for Developing Provincial Health Management Capabilities in Papua New Guinea,"* International Journal of Health Planning and Management, Vol. 3, pp. 45-55.

Newbrander, W. and H. Barnum and J. Kutzin (1992): *"Hospital Economics and Financing in Developing Countries,"* (1992): World Health Organization, Geneva.

Pallesen, Thomas and Lars Dahl Pedersen (1993): *"Decentralization of Management Responsibility: The Case of Danish Hospitals,"* International Journal of Health Planning and Management, Vol.8, pp.275-294.

Panton, Rhona (1993): *"FHSA and Prescribing,"* British Medical Journal, 306:310-314.

Petchey, Rolland (1993): *"NHS Internal Market 1991-92: Towards a Balance Sheet,"* British Medical Journal, Vol. 306, pp. 699-701.

Prud'homme, Remy (1994): *"On the Dangers of Decentralization,"* Transportation, Water, and Urban Development Department, The World Bank.

Ramanadham, V.V. (1989): *"Privatization: The U.K. Experience and Developing Countries,"* in Ramanadham V.V. (ed) Privatization in Developing Countries. Routledge, London, 1989.

Reich, Michael R. (1994): *"Political Mapping of Health Policy,"* Data for Decision Making Project, Harvard University.

Robinson, Ray and Julian Le Grand, ed. *"Evaluating the NHS reforms,"* United Kingdom: King's Fund Institute, 1994.

Rondinelli, D.A. and John Nellis and G.S. Cheema (1984): *"Decentralization in Developing Countries,"* The World Bank, Washington, D.C.

Rondinelli, D.A. and G.S. Cheema (1983): *"Decentralization and Development,"* Sage Publications, New Delhi.

Ross, Randy L. (1988): *"Government and the Private Sector,"* Crane Russak and Company. N.Y.

Shonick, William and Ruth Roemer (1982): *"Private Management of Public Hospitals: The California Experience,"* Journal of Public Health Policy, Vol. 3, pp.182-203.

Wagstaff, Adam and Eddy Van Doorslaer (1993): *"Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions,"* in Eddy Van Doorslaer, Adam Wagstaff, and Frans Rutten ed: Equity in the Finance and Delivery of Health Care, 1993, Oxford Medical Publications, Oxford.

Wheeler, J.R.C. and H.S. Zuckerman and J. Aderholdt (1982): *"How Management Contracts Can Affect Hospital Finances,"* Inquiry, Vol. 19, pp. 160-166.